

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Protocolo de investigación
Especialidad en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología
Tesis Monográfica para optar al Título de Especialista en Dirección de Servicios de
Salud y Epidemiología

Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en Médicos Especialistas, Residentes y Licenciadas en Enfermería del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez en el periodo de Enero-Marzo 2017.

Autor: Dr. Francisco Steve Contreras Bermúdez

Tutor Metodológico: Dr. Mauricio Paniagua

Tutor Científico: Dr. Francisco Ochoa

Nicaragua, Marzo 2017

Índice:

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEM

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS

MARCO TEORICO

DISEÑO METODO LOGICO

Tipo de estudio

Población de estudio

Universo

Muestra

Tipo de muestreo

Unidad de análisis

Criterios de inclusión de la población a estudio

Operacionalización de variables.

RESULTADOS

DISCUSION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

El gobierno ha implementado políticas dirigidas a mejorar cada día la calidad de la atención en salud en el contexto del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, por lo que se han dirigido notables esfuerzos en aumentar el presupuesto y así mismo aumentar la cantidad de recursos que laboran en el Ministerio del poder ciudadano para la salud, dado que los recursos humanos son la clave fundamental para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, sin embargo es una realidad que nos toca asumir que en cierto sector de nuestros recursos principalmente los que laboran en áreas hospitalarias han sufrido en algún momento de su vida laboral un estrés que es secundario a su profesión ya que es común escuchar comentarios como : ¡estoy cansado!, ¡ya no doy más!, ¡me siento quemado!, este sentimiento expresado no es exclusivo de nuestro sistema, sino más bien un tema que ha sido incluso descrito en diferentes estudios a nivel internacional, el cual se viene estudiando desde ya hace cuatro décadas y fue descrito por primera vez en 1974 por el médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos (Ruiz, 2010) , sin embargo es hasta en 1981 que El Burnout es definido por Maslach y Jackson como un síndrome psicológico en el que se incluyen tres dimensiones como son el ***Agotamiento emocional*** que se caracteriza por agotamiento de los propios recursos emocionales y la presencia de sentimientos de estar muy agotado emocional y psicológicamente, ***Despersonalización*** que es la respuesta negativa, insensible y excesivamente fría objetivizada frente al otro que usualmente es el beneficiario, y ***Reducción en la realización personal*** –que se refiere al declive en los sentimientos de la competencia y de los buenos resultados en el propio trabajo, es decir, una evaluación negativa de los logros personales en el trabajo y con las personas, lo que genera que las personas se sientan descontentas consigo mismas e insatisfechas con sus logros en el trabajo todo lo anterior ocurriría en individuos que trabajan con otras personas (Gomez, 2016).

La Organización Mundial de la Salud en sus series de protección de la salud de los trabajadores en la tercera serie denominada La Organización del Trabajo y el Estrés reconoce que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para la que trabaja además de que el estrés laboral puede dar lugar a comportamientos disfuncionales y no habituales en el trabajo, y contribuir a la mala salud física y mental del individuo (Anon., 2004).

Se han desarrollado hoy en día diferentes instrumentos para estudiar el síndrome, sin embargo hasta hoy en día el más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (MBI), ya que este es uno de los más completos para lograr hacer el diagnóstico y poder evaluar las tres dimensiones que se ven afectadas con este síndrome

Este estudio pretende determinar la prevalencia y factores de riesgo asociado al Síndrome de Burnout en Médicos especialistas y , Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y personal de enfermería de los Hospitales Antonio Lenin Fonseca, Bertha Calderón Roque, Manuel de Jesús Rivera la Mascota, ya que está demostrado por la literatura que hay factores de riesgos en los que se puede incidir y así mismo crear condiciones, políticas y estrategias que nos colabores a prevenir esta afectación en nuestro personal.

Antecedentes de Burnout

Este término apareció por primera vez en el año 1961 en un artículo llamado “A Burnout case” escrito por Graham Greens. En 1974 cuando Herbert Freudenberger al estar desarrollando sus actividades cotidianas en una clínica de la ciudad de Nueva York, se dio cuenta que los voluntarios que tenían mucho contacto con toxicómanos presentaban pérdida de energía que les producía agotamiento físico y mental, síntomas de ansiedad y depresión que provocaban desmotivación en el trabajo y agresividad hacia los demás pacientes. La psicóloga Cristina Maslach en 1976, acuñó el término “Burnout” para referirse al agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal del individuo que atiende o ayuda a personas. (Freudenberger, 1974)

El Síndrome de Burnout ha sido y se continúa investigando en ámbitos y grupos ocupacionales diversos. Las exploraciones iniciales se realizaron en médicos y enfermeras (os), posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de enfermería. Aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud.

Según investigaciones Internacionales realizadas vemos que:

En 1991, García-Izquierdo destacan en su investigación sobre *satisfacción y clima laboral / Burnout en profesionales de enfermería*; que “los intentos de vinculación del Burnout con la motivación laboral y el clima organizacional han sido escasos, confirmando que este no tiene relación ni con la edad, ni con la antigüedad en la profesión”. (Izquierdo, 1991)

Caballero & Millán, (1999). Consideraron que “la presencia del Síndrome de Burnout es una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales. Esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima que sufre el trabajador”. (Millan, 1999)

Quiroz y Saco (1999) en la investigación "*Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco*", determinaron que el síndrome Burnout bajo se presenta en el 79.7% de médicos y 89% de enfermeras; en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras, asociado a la jornada laboral mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital. (Quiros, 1999)

En 2002, Alonso y col., demostraron que: el estrés físico y emocional es la segunda causa de abandono de la carrera entre los médicos especialistas en medicina de urgencias en diversos países. Lo cual también fue demostrado en un estudio realizado a nivel internacional entre médicos especialistas en medicina de urgencias donde se reportó que el 19% de médicos encuestados presentaban síntomas de depresión, 23% referían niveles altos de estrés, mientras que el 43% de ellos consideraban que a 10 años no estarían ya atendiendo pacientes. (Alonso Morillejo, 2002)

En 2003 Martínez y Del Castillo en la investigación "*Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España)*", concluyeron que: "La prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina, era de 76.4%," considerándola muy alta. (Martínez, 2003)

Román (2003) en su investigación "*Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)*" encontró que: tanto el género como la profesión y el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout al igual que el bajo reconocimiento profesional lo cual está asociado también a esta problemática. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención". (Román, 2003)

Varela y Fantao (2005), en el informe "*Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio de Gallego de Salud (España)*", arribaron a los siguientes resultados: "Se obtuvieron valores altos de cansancio emocional

(54.3%) y despersonalización (55.6%); mientras que, la realización profesional fue del 6.9%. No se han hallado diferencias en estos parámetros en función de la edad, el estado civil, sexo], tipo de contrato y el ámbito de ejercicio". (Varela, 2005)

Peralta y Pozo (2006) en la tesis "*Factores asociados al síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta (Ayacucho)*", concluyeron en los siguientes aspectos: "El 29.2% de integrantes del equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta presenta síndrome de Burnout asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional". (Peralta, 2006)

Rosa Suñer-Soler y cols. (2007) en España, realizaron un estudio titulado *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español en donde se concluyó que la prevalencia del Burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos. La edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de Burnout.* (Rosa Suñer-Soler, 2007)

En un estudio realizado en Bogotá por Paredes Olga y cols. (2008) donde se aplicó el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) a 138 médicos para medir la prevalencia del síndrome, se encontró que de acuerdo a la categorización de puntuaciones del síndrome definida por el CBB, se observó la siguiente distribución: el 43% presentó un nivel medio o alto y el 57% nivel bajo. El componente de despersonalización fue el más afectado en el síndrome y dentro de las causas, el tedio alcanzó la mayor prevalencia, superando claramente los demás componentes. En cuanto al bienestar psicológico el 7,3% reportó un nivel bajo, el 92,7% moderado y ninguno reportó niveles altos.

No se encontró ninguna relación estadística significativa entre Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales como la especialidad, la

edad, el género, el estado civil, el número de hijos, el año de residencia cursado y el número de horas laborales por semana en el hospital. (Paredes, 2008)

En Bogotá, Espinosa Ivonne (2009) en la tesis Determinación de presencia del Síndrome de Burnout en médicos de urgencias y especialistas de Hospital La Victoria se encontró que dentro de las variables socio-demográficas y laborales de la población, la asociación entre desgaste emocional y género ($P: 0.008$), al igual que realización personal y número de trabajos ($P: 0.010$). Se concluyó que el grado de desgaste profesional o Síndrome de Burnout en médicos de urgencias fue de 8% para leve y 4% para moderado, ninguno presentó síndrome de Burnout severo. En pediatría el 16% de los encuestados presentó síndrome de Burnout severo. En el mismo grupo el 24% padece de Burnout moderado, seguido de Burnout leve con 8%. Medicina interna presentó el 4% para desgaste profesional leve y 4% para moderado. Cirugía presentó Burnout leve con 4% sin presentar moderado ni severo. Ginecología y obstetricia presentó mayor Burnout leve en comparación con las otras especialidades con un 16%, seguido de moderado con 8%. El 4% de los anestesiólogos presenta un desgaste profesional moderado, excluyéndolos de Burnout leve y severo. La prevalencia del síndrome de Burnout en el Hospital la Victoria fue de 40% para leve, 44% moderado y 16% severo. (Espinosa, 2009)

En Ecuador, Aguirre Karla (2013) en la tesis Síndrome del quemado por el trabajo –Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en los Hospitales públicos de la ciudad de Ibarra; se encontró que en una muestra de 59 médicos, la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos especialistas fue de 25.42%, a pesar de no considerarse estadísticamente significativo, es un importante indicador, puesto que gran parte de la muestra presentó falencias en alguna de las tres dimensiones. De las personas con ausencia del síndrome el 15.9% obtuvo porcentajes altos en las sub escalas agotamiento emocional y despersonalización y el 4.54% presentó altos niveles de baja realización personal. Esto puede ocasionar la tendencia a padecer en algún momento el síndrome, debido a que los médicos por las características propias de su profesión se

enfrentan a condiciones de riesgos desencadenantes del Burnout, por ello el porcentaje se convierte en un indicador significativo el cual determina la importancia de la implementación de acciones correctivas y preventivas dentro de los hospitales públicos. Gran porcentaje de los encuestados presentaron alta realización personal, esto actúa de manera inversa ya que a pesar de la sobrecarga emocional, física e intelectual, el estrés laboral se va compensando por el sentido de competencia y éxito profesional presente en los participantes. (al., 2009) En cuanto a la antigüedad de los médicos se evidenció que los años que más predominaron en la prevalencia del síndrome son 20 años de permanencia en el hospital. (Karla, 2013)

En el ámbito nacional:

Obando y García (2002) en *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera* encontraron un bajo grado de Burnout 56,9% sin diferencia frente a sexo, edad y situación laboral. (N., 2002)

En 2007 en la ciudad de León, Aragón Brunilda y cols., realizaron un estudio de titulado: *Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello"*, la muestra estuvo constituida por 65 médicos y 100 recursos de enfermería. Encontrando el doble de casos con síndrome de Burnout en el personal de enfermería que en los médicos que laboran en el Hospital. Los médicos no presentaron niveles altos de Burnout a diferencias del personal de enfermería que si lo hizo. En las características organizacionales la variable que en su mayor porcentaje es percibida como desfavorable (contribuye al síndrome) tanto en médicos como el personal de enfermería, es la dinámica de trabajo. Predominando el sexo femenino en el personal de enfermería a diferencias de los médicos que fue el sexo masculino. En ambos grupos los afectados, eran casados y las personas más jóvenes fueron las que mayoritariamente presentaban el Síndrome de Burnout. Los médicos que tenían menos años de laborar presentaron Síndrome de Burnout a diferencias del personal de enfermería, donde el fenómeno es inverso ya que a más años laborales más presentan el síndrome. (Aragón, 2007)

En Jalapa, Nueva Segovia, Rivera Mackell (2011), realizó tesis monográfica titulada Burnout en trabajadores del Hospital primario Pastor Jiménez Arostegui, con una muestra de 68 trabajadores, se determinó una prevalencia del 26.5% del “Síndrome de Burnout, el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal mostraron asociación significativa con el tipo de profesión del trabajador, siendo los médicos y enfermeras los más afectados. Los factores que están asociados al Síndrome del Burnout fueron ser del sexo femenino, y rango de edad de 35 a 54 años, así como el tener parejas y tener de 3 a 6 hijos. (Rivera, 2011)

Gómez Tania (2013), en su tesis monográfica Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico del servicio de emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua. Con una muestra de 112 médicos, el 10% de los individuos estudiados cumplen los criterios de alto estrés emocional, alto nivel de despersonalización y bajo nivel de realización personal. El 30% cansancio emocional medio o alto. El 56% nivel medio o bajo de realización personal. En cuanto a características “sociodemográficas se observó que la frecuencia del síndrome es mayor en las personas que no tienen pareja estable y que no se perciben como religiosos o bien tienen bajos niveles de religiosidad. No se observaron diferencias en relación a la edad y el sexo. Los médicos Especialistas y generales presentaron mayor frecuencia del síndrome y sus componentes. También el síndrome fue más frecuente en las personas que tienen otros trabajos. Sin embargo no hubo diferencia en cuanto a los años de trabajo ni a la carga horaria de trabajo. (Gómez, 2013)

JUSTIFICACION

El síndrome de Burnout constituye un problema de salud pública poco estudiado en el ambiente laboral y su presencia hasta este momento desconocida, afecta muy negativamente a las instituciones de trabajo y a la sociedad en general. La preocupación por la prevención de la salud psíquica de los trabajadores no es solo un presupuesto social sino un indicador de la posición competitiva y de calidad de los servicios públicos.

El personal de salud en general y los médicos y enfermeras en particular son candidatos idóneos para presentar el síndrome de Burnout, el estilo de dirección en una institución, el grado de satisfacción laboral experimentada, la carga de trabajo, el trabajo nocturno, la rotación de la jornada y las perspectivas de promoción son algunos de los factores contribuyentes de daño mental.

En Nicaragua hasta el día de hoy son muy poco los estudios realizados en este tema, por tanto, consideramos necesario ya que existen diversos estudios internacionales que evidencia el carácter silencioso pero contagioso y que en un breve periodo de tiempo se puede generalizar en la instituciones lo que nos advierte que puede caer en desanimo generalizado, cabe señalar que este riesgo de contagio organizacional es mayor cuando los factores que lo desencadenan están en la dirección organizativa, o cuando tiene que ver con falta de comprensión para tratar el problema.

Además de lo antes mencionado el síndrome nos conlleva a costos individuales como organizacionales, ya que está comprobado que el cansancio laboral puede llevar al profesional a cometer más errores y negligencias, lo que a su vez conduce a aumentos de reclamos y denuncias, a situaciones de estremecimiento, baja laborales y a una mala utilización de recursos.

Este estudio pretende despertar la reflexión que, un trabajador estresado suele ser más enfermizo, estar desmotivado, menos productivo y tener menos seguridad laboral; además suele tener peores perspectivas de éxito. Los trabajadores de la salud han sido identificados en diversos estudios como uno de los grupos con

medidas altas en los diferentes componentes del Síndrome de Burnout y sus consecuencias van desde una reducción de calidad de trabajo y conflictos laborales.

Planteamiento del Problema

Cuál es la prevalencia y factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en Médicos Especialistas, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y personal de enfermería de los Hospitales Antonio Lenin Fonseca, Bertha Calderón Roque y Manuel de Jesús Rivera en el período enero- marzo del 2017?

¿Cuáles son los factores sociodemográfico que pueden conllevar el síndrome de Burnout en el grupo de estudio?

¿Puede incidir el número de vacaciones pendientes de los trabajadores con la aparición de las dimensiones que se ven afectadas en el síndrome de Burnout?

¿Estará el síndrome de Burnout relacionado con el estilo de vida de nuestro grupo de estudio?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociado al Síndrome de Burnout en Médicos especialistas, Residentes de las Especialidades Médico Quirúrgicas y personal de enfermería de los Hospitales Antonio Lenin Fonseca, Bertha Calderón Roque y Manuel de Jesús Rivera. enero-marzo del 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar factores sociodemográficas y su relación con la aparición del Síndrome de Burnout.
2. Medir el grado de agotamiento emocional, despersonalización y logros personales y la frecuencia e intensidad del Síndrome de Burnout entre los diferentes grupos profesionales a estudio.
3. Relacionar el número de vacaciones pendientes con la aparición de las dimensiones que se ven afectadas en el síndrome de Burnout.
4. Determinar la relación entre estilo de vida y la aparición del síndrome de Burnout.

Marco Teórico

DEFINICION: El síndrome de Burnout o "de quemarse por el trabajo se define, pues, como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

HISTORIA DEL SINDROME DE BURNOUT

En los años 70 apareció un nuevo concepto médico que se denominó síndrome de Burnout o de desgaste profesional, aportado por el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberg en 1974, quien describió los cambios surgidos en jóvenes que trabajaban como voluntarios en una clínica de adicciones. Estos cambios consistían en una pérdida de energía que llevaba al agotamiento, desinterés, depresión y agresividad.

En 1976, el síndrome se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajadores de la psicóloga Cristina Maslach. Presentados públicamente en el Congreso Anual de la Asociación de psicología, refiriéndose a una situación de sobre carga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban quemándose, Junto con su colega Susan Jackson estructuraron este síntoma como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionaron tres grandes aspectos. (MASLACH C, 1986)

Malasch, inicialmente estaba interesada en comprender cómo podrían las personas que trabajan en situaciones de crisis, desarrollar su trabajo de manera calma y eficiente; las únicas referencias importantes que encontró a esta pregunta provenían de la literatura médica. A partir de su investigación en algunos temas de ética médica, Maslach dirigió el curso de su investigación hacia la comprensión de la experiencia del personal médico. Ella realizó la primera investigación sobre el tema recolectando sistemáticamente datos de cientos de entrevistados de todos los campos de servidos humanos: médicos, enfermeras, maestros, policías, trabajadores sociales, psicólogos' Y luego basándose en estos datos estructuró la

primera teoría y desarrollo el primer instrumento científico de medición del Burnout. (Maslach, 1982).

A partir de estos trabajos iniciales, el cuadro fue recibiendo los aportes de otros estudiosos, hasta que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia- la Primera Conferencia Nacional sobre Burnout, que sirvió para aunar los criterios.

CONCEPTOS A TRAVÉS DEL TIEMPO

- McGrath: (1970), en una de las definiciones más clásicas del término: "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas.
- Herbert Freudenberger: 1974, describe el síndrome como un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado esfuerzo.
- Cristina Maslach: (1976), la psicóloga social estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajos. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo.
- Chernis (1980), fue el primero en proponer que se trata de un desarrollo continuo y fluctuante en el tiempo: es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.

- Cox y Mackay (1981), para estos autores, este concepto se diferencia principalmente en relación a si es conceptualizado como un estímulo, una respuesta, una percepción o una transacción.
- Brill (1984), propuso una definición de Burnout menos conocida y más precisa: Es un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor, más que un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa, o por un cambio laboral. En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente.
- Maslach y Jackson (1986): Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas. Agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. Despersonalización o deshumanización consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último la falta de realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima Profesional.
- Etzion (1987), dice que es un proceso latente, solapado y silencioso que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin haber señales notorias y que evoluciona casi siempre de forma escondida hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir por qué sucedió. "Pines y Aronson (1988) proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de

ayuda: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes." El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. El desarrollo de Burnout puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión para evitar el contacto con personas. Por último, agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y a la vida misma.

- Peiró (1993), en su libro *Desencadenantes del estrés laboral*, recoge la clasificación de las definiciones de estrés que hicieron Cox y Mackay.
- Leiter (1992), distancia el Burnout del estrés laboral y lo define "como una crisis de autoeficacia "
- Nagy y Nagy (1992) señalan, por otra parte, que el concepto Burnout se ha convertido en un llamativo descriptor del estrés laboral, señalando, que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo.
- Moreno y Oliver (1993) retoman la relevancia del afrontamiento e indican que el Burnout "sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él.

DIMENSIONES DEL SINDROME DE BURNOUT

Tomando en cuenta los estudios de Maslach estas son las tres dimensiones presentadas en el síndrome de Burnout: (MASLACH C, 1986)

1. **Agotamiento emocional** caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. **Despersonalización o deshumanización**, caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado. En este sentido, se ha argumentado que la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo.
3. **Falta de realización personal** caracterizado por la percepción del trabajo en forma negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. En la actualidad se acepta que el SDP es un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre los individuos que trabajan con seres humanos.

El síndrome de desgaste profesional (SDP) es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales." Este tipo de conductas o síntomas y signos clínicos se correlacionan cuando hay un desbalance entre las expectativas personales y laborales, siendo las laborales reflejadas por condiciones de trabajo, entorno laboral, falta de requerimientos o insumos necesarios para la buena praxis médica,

así como de tecnología en donde en determinados sitios de trabajo no cuentan con la cantidad ni calidad necesaria y se tiene que laborar bajo condiciones inadecuadas e inhumanas respectivamente.

Además algunas instituciones de salud que cuentan con poco presupuesto para los profesionales (o se destinan a otros recursos) hace que sea insuficiente el contrato de personal para los requerimientos y satisfacción de una gran de población. Entonces es así donde se refleja la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos que va de la mano con la calidad de vida.

Se trata de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros), en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos (organizacionales, laborales, grupales).

Este Síndrome ha sido de gran auge se ha tomado de referencia para muchos estudios por la compleja estructura que abarca, además porque es una situación que día a día se va presentando con más frecuencia en los profesionales sanitarios, ya que se describe como una respuesta al estrés laboral crónico junto con las respectivas implicaciones que a ello acoge se puede decir con exactitud basados en los datos estadísticos que nos encontramos frente a un problema de salud de gran magnitud que con lleva a consecuencias negativas tanto en el entorno personal como laboral y estos hechos justifican que continúe creciendo el número de estudios de este síndrome de manera considerable ideados en la prevalencia.

ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de quemarse por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones sanitarias. Son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente, y por la relación profesional - organización. (GIL-MONTE P. R. Y PEIRÓ, 1997)

La siguiente tabla muestra las diferencias que existen entre el estrés y el síndrome de Burnout.

ESTRÉS	BURNOUT
Sobre implicación en los problemas Hiperactividad emocional Daño fisiológico Agotamiento o falta de energía física La depresión de Produce a reservar físicas efectos positivos en exposiciones moderadas	Falta de implicación Degaste emocional Daño emocional El agotamiento afecta la energía física y la motivación La depresión con energía perdida de ideales Solo tiene efectos negativos

EPIDEMIOLOGIA

En la actualidad se cuenta con amplia bibliografía sobre este tema por su gran controversia además de su utilidad para ser posiblemente catalogado dentro del área de salud ocupacional.

Nivel Nacional

En León, Nicaragua, María Brunilda Aragón Paredes y sus colaboradores en el artículo síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA). El tipo de estudio de corte transversal y unidad de análisis estuvo constituido por médicos y personal de enfermería. Con una muestra de 228 enfermeras (os) y auxiliares de enfermería y 263 médicos. Obteniendo resultados: un 28o/o del personal de enfermería y un 140/o de los médicos padecen el síndrome de Burnout, es decir un 720/o del personal de enfermería y el 86% de los médicos no presentan este síndrome. Al analizar los niveles de Burnout, se encontró que el 6% de las enfermeras presenta nivel altos de Burnout, en cambio los médicos no presentan niveles altos de Burnout, el 1% de las enfermeras tienen nivel medio de Burnout, el 12.3% de los médicos también lo presentan y un 21o/o de las enfermeras presentaron nivel bajo de Burnout a diferencias de los médicos que tiene el 1.5%. Concluyendo que se presentaron el doble de casos con síndrome de Burnout en el personal de enfermería que en los médicos que laboran en el Hospital. Los _médicos no presentaron niveles altos de Burnout a diferencias del personal de enfermería que si lo presenta.

VARIABLES Y ESTADISTICA

Diferentes variables son tomadas en cuenta al momento de nombrar el Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional por ejemplo: (GIL-MONTE P. R. Y PEIRÓ, 1997)

- **La edad** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que pueda existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en el que profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas, personales, profesionales y económicas , no son las prometidas ni las esperadas.

Según Gould (1985) cuanto más joven es el trabajador hay mayor incidencia de Burnout la edad aparece como una variable que puede mediatizar en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo, esta afirmación respalda los resultados ya que la mayoría de los médicos y del personal de enfermería son personas jóvenes.

- Según **el género** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.
- El **estado civil**, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas persona pueda ser más resistentes al síndrome debido a la tendencia generalmente encontrada en

los padres a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tenga mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

(Barría, 2002), en sus artículos publicados menciona que una de las variables predictores al Síndrome de Burnout es el estado civil, se dice que la mayoría de los solteros son los que se predisponen más a presentar el síndrome, ya que estos no cuentan con una pareja estable, una seguridad emocional como las que presentan las personas casadas o que mantiene un relación estable.

- La **rotación de turno** laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.
- Sobre la **antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo, Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, Naisberg y Fenning encuentra una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.
- Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral** en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente, Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con

los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida Por otros autores.

- También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. Este Síndrome de Burnout ha sido tema de controversia durante décadas, en un principio se realizaron estudios sobre profesionales de la salud tales como enfermeras y médicos por su gran demanda de trabajo y relación directa y mantenida con las personas, por ello se concluyó que en este grupo era donde se presentaba este. Luego se analizó otra población de estudio no sanitario que también cumplía con las características de demanda de trabajo y contacto continuo con la comunidad encontrándose similares resultados estadísticos, por ello. en la actualidad este síndrome de Burnout no es típico de los trabajadores de la salud sino en todos aquellos en los que implique el contacto directo y constante con la población.

"Es un síndrome padecido por personas que trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos, relación en la que exige una respuesta emocional continua, Son médicos, enfermeras, psicólogos (sobre todo de la especialidad de oncología), Maestros, policías, funcionarios de prisiones, asistente sociales Abogados o Jueces.

CAUSAS

El síndrome Burnout se debe a distintas causas múltiples, no necesariamente una sola, y se origina siempre en largos periodos de tiempo se ha encontrado en múltiples investigaciones que el síndrome ataca especialmente cuando el trabajo supera las ocho horas, no se ha cambiado de ambiente laboral en largos periodos de tiempo y en la paga mal remunerada, sin embargo en personas que laboran en amplias jornadas pero bien remunerada es poco común la presencia del síndrome. (GIL MONTE, 1999)

Originalmente se estima que una gran influencia en la presencia de este Síndrome es el contacto masivo con la comunidad. Metiéndonos en el campo laboral profesional del médico es intimo el contacto no solo físico sino emocional que el galeno tiene para con sus pacientes, es de ejemplo el estrés que origina la angustia hacia un paciente enfermo ya que no solo se piensa en el sino que se mira su entorno como lo es su familia, así de esta forma es factible que los problemas de ámbito laboral sean llevados a la casa originando una atmosfera inadecuada tanto laboral como familiar y por ende un desgaste emocional.

En el artículo descrito por Gonzalo Latino de la Universidad Autónoma de Nicaragua menciona algunas de las causas de este síndrome:

- El continuo y sostenido contacto con el dolor y la muerte
- La caída del valor social de la profesión médica.
- La sobrecarga laboral debido al excesivo número de pacientes, la presencia de patologías cada vez menos reversibles, la carencia de recursos, la presión horaria.
- La merma en las retribuciones y estímulos de distinto tipo
- La cada vez más inquietante amenaza de sufrir juicios por mala praxis.
- El resolver el dilemas éticos resultantes de las nuevas tecnologías.

Las causas según la OMS

Surge de una misma persona generalmente profesional que inicialmente tenia ideales, metas, objetivos en si un entusiasmo con gran energía, y expectativas a bordo que con el paso del tiempo se da cuenta que las metas o logros planeados no son los alcanzados con valioso esfuerzo y peor aun las que satisfaga sus necesidades enfrentándose a la realidad consiguiendo por lo contrario gran frustración.

- Falta de éxitos terapéuticos y de progreso observable en los pacientes
- Descuido institucional de las necesidades de los pacientes, a favor de las necesidades administrativas, financieras, burocráticas y legales.

- Inadecuados sistemas de promoción que afectan el necesario prestigio social.
- Falsos liderazgos
- Falta de interacción social.(El profesional se aísla de sus vínculos personales y de sus colegas)
- Falta de apoyo entre los miembros de un equipo.

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado lo numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en su producción como pacientes difíciles, bien por padecer patologías graves, bien por su propio inconformismo; el poco tiempo por paciente y la mala calidad de las relaciones de equipo. (MERIN-REIG J., 1995)

Gonzalo Latino describe cuatro desencadenantes del síndrome en profesionales de salud, primero de ellos hace referencia a:

1. En el nivel individual la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesional a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas, Consecuentemente se siente culpable de los fallos, tanto propios como ajenos, los cuales redundaran en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto cansancio emocional.
2. En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo, Así mismo, la falta de apoyo en el trabajo por los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la

administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan los sentimientos de quemarse por el trabajo.

3. Desde un nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada, estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción la incorporación rápida de innovaciones, y las repuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga del rol.
4. Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (leyes y estatutos que regulan la profesión, cambios en perfiles demográficos de la población, etc.)."

Otros factores, sobre los que existe más controversia serían los cambios de turnos y los horarios laborales, el salario, la categoría profesional y la sobrecarga laboral asistencial. Además, siguiendo la bibliografía existente se detectan una serie de áreas de trabajo con mayor incidencia del síndrome, como es el caso de los servicios urgencia y unidad de cuidados Intensivos (UCI). Las características del trabajo que se desarrolla en estas unidades requieren notable experiencia clínica y madurez profesional que permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones difíciles con implicaciones éticas y morales.

Otro grupo de riesgo especial es el de los trabajadores del área de oncología, donde la enfermería se enfrenta diariamente al sufrimiento humano y en muchos casos a los pacientes terminales y a la muerte.

Fases del Burnout

Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

Etapas de idealismo y entusiasmo. El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hiper valorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa. (BLANDIN JAICY Y MARTÍNEZ, 2005)

Etapas de estancamiento. Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

Etapas de apatía. Es la fase central del síndrome Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos.

Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de Burnout, la del distanciamiento

Etapas de distanciamiento. La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de

distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa.

En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

PROPUESTA DE OTRAS ETAPAS:

Edelwich e Brodsky identificaron 5 etapas:

1. El entusiasmo, hay disminución del entusiasmo en la actividad profesional
2. El estancamiento, con el entusiasmo disminuido la persona no ha logrado recuperarlo luego de varios ciclos en que si lo logró.
3. La frustración, estancado, experimenta el alejamiento de los objetivos generales de su plan de vida.
4. La apatía, deja de sentirse frustrado y experimenta una apatía a todo que resiente la actividad.
5. Intervención: se hace obligado por parte de la Institución donde trabaja la persona tomar una resolución con el profesional afectado.

La progresión de un estadio a otro puede no ser lineal, pero siempre es cíclica o sea que si el afecto al síndrome experimenta recuperación tiende a la recidiva del proceso por persistencia de causas. (ZAULA G, 2000)

MANIFESTACIONES CLINICAS

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

- **Psicosomáticos:** fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desordenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, entre otros.

- **Mentales:** sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal, Es frecuente apreciar, nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y la Propia familia.
- **Conductuales:** absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, entre otros.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamiento de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- **Emocionales:** distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- **En el ambiente laboral:** detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicación deficiente. (ZAULA G, 2000)

CONSECUENCIAS

Existe un considerable cuerpo de investigaciones que sugiere una estrecha relación entre el síndrome Burnout y diversos problemas de salud (Shirom, Melamed, Toker, Berlinet y Shapira, 2005; Weber y Jaekel-Reinahrd, 2000), y se ha observado que las personas con Burnout crónico padecen más de trastornos Y enfermedades asociada clásicamente con el estrés, tales como trastornos cardiovasculares (Appels, Schouten 1991) y enfermedades psicosomáticas (Appels, Bart, Bart, Bruggeman y Baests, 2000). Igualmente se sabe que el desgaste profesional se encuentra asociado en una baja actividad, un mayor ausentismo y mayores intensiones de abandonar la organización (Firth y Britton,

1989) al producirse todo ello en profesionales muy vinculados al bienestar y a los servicios. El resultado es más grave en cuanto puede propiciar el deterioro de las prestaciones sociales y de la misma calidad de la vida social.

Las consecuencias del SDP son múltiples tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor de riesgo de sufrir enfermedades Psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo, disminución en el nivel de satisfacción, alta movilidad laboral, despersonalización en la relación con el paciente y disminución en el rendimiento laboral entre otras.

El médico para obtener un salario digno que le sirva para cubrir sus obligaciones debe tener varios trabajos, por lo tanto atiende a sus pacientes en un tiempo escaso y sin impórtalo que rodea al paciente sino simplemente dar un diagnostico; el galeno no puede enfermarse en ningún momento de su vida ni bajo ninguna circunstancia porque si deja de ir a la consulta recibirá repercusiones en sus ingresos económicos; muchas veces no pueden desencadenar ni gozar de vacaciones, y el contacto con su familia se vuelve muy pobre y de mala calidad.

Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales.

El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores siente que ya no pueden dar más de sí mismo a nivel afectivo, es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas las que hay que atender con objetivo de trabajo.

La despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo.

El estrés en el entorno laboral es un problema creciente, inhabilitante y con un coste personal, social y económico muy importante. Los gastos y pérdidas derivadas por el costo del estrés son cuantiosos y aumentan año tras año son numerosos los índice de ausentismo, baja productividad en las empresas, los accidentes profesionales y las escasas motivaciones en el trabajo. (Freudenberguer, 1974)

CONSECUENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT		
CONSECUENCIAS FISICAS	CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS	CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea, migrañas • Dolores musculares • Dolores de espalda • fatiga crónica molestias gastrointestinales, úlceras • Hipertensión • Asma • Urticaria • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Frustración, irritabilidad • Ansiedad • Baja autoestima • Desmotivación • sensación de desampara • sentimientos de inferioridad • desconcentración • comportamientos paranoides y/o agresivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Infracción de normas • Disminución del rendimiento • perdida de la calidad del servicio • ausentismo • abandono • Accidentes

EFFECTOS DEL SÍNDROME DE BURN OUT

Este desfondamiento psicológico que está experimentando quien está desarrollando o ha desarrollado el síndrome de Burnout, tiene graves consecuencias en dos niveles fundamentales.

a) Nivel profesional

En este nivel se ve afectada la calidad de atención que se otorga a los pacientes, lo cual tiene implicaciones laborales desde el punto de vista de la falta de cumplimiento de un contrato, además del riesgo de caer en errores graves que nos lleven a implicaciones de orden legal tales como impericia o incluso negligencia con riesgo de perder la libertad y el derecho de seguir ejerciendo la profesión médica.

Por otro lado también se afecta la relación médico-paciente y nuestra interrelación con el equipo de trabajo que directa e indirectamente modificará nuestra calidad de atención, pues no podremos establecer la atención necesario tanto con los enfermos a nuestro cuidado como con sus familiares lo cual es indispensable, para lograr una buena relación médico-paciente. En muchas ocasiones esta falta de buena comunicación origina disgusto en la familia y falta de confianza por parte del paciente hacia nuestro actuar y hacia nuestras decisiones. Además una buena comunicación con nuestro equipo, ya sean otros médicos adscritos, residentes o internos, y en especial con el grupo de enfermeras, es fundamental si deseamos que nuestro ambiente de trabajo sea agradable y en lo posible libre de tensiones. No se trata de hacerse el simpático se trata simplemente de comportarse y dirigirse con respeto y profesionalismo con todos y cada uno de quienes están a nuestro alrededor.

No obstante lo serio que esto puede ser, llama la atención que las alteraciones en este nivel por lo general son las últimas en aparecer y generalmente se tiene una actitud de negación aun cuando estemos conscientes que los problemas ya nos rebasaron y tratamos de no mostrar que el estrés nos está afectando. Esto tiene además otra explicación; tenemos una gran necesidad de proteger nuestra

identidad como médicos pues este síndrome amenaza la tremenda inversión psicológica, emocional, muchas veces familiar e incluso financiera que tenemos en nuestra identidad como profesionistas, esto es que nos hemos esforzado mucho por llegar ser médicos que tratamos de guardar a toda costa la imagen que los demás tienen de nosotros. Además el continuar trabajando es una manera más de negar que existe un problema.

b) Nivel personal y familiar

Este síndrome se manifiesta primero en la vida personal y familiar del médico. Quien lo padece comienza con alejarse de los miembros de su familia y de las actividades familiares, posteriormente de sus amigos y de las actividades sociales, es decir tiende a aislarse.

El origen de esta actitud es tratar de evitar que los demás, en especial quienes se encuentran más cercanos a nosotros y a quien amamos se den cuenta de que tenemos un problema. Deseamos mantener la imagen que tienen de nosotros como médicos, independientes, fuertes, capaces etc. Sin embargo, el simple hecho de tener esta actitud demuestra que algo está mal, en especial si quien lo padece normalmente es apegado a su familia.

Signos de alarma existen diversos tipos de manifestaciones que podemos considerar datos o signos de alarma, pues son los síntomas del síndrome de Burnout o estar quemado los cuales debemos tener en mente para poder identificarlos ya sea en nosotros mismos o bien en nuestros colegas para tratar de buscar ayuda y resolver esta enfermedad pues afortunadamente tiene solución

Negación: La persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.

Aislamiento: Es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.

Ansiedad: Es la sensación persistente que tiene el médico de que algo malo va a suceder.

Miedo o temor: Una sensación poderosísima de miedo a ir al trabajo.

Depresión: Éste es uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio. Es uno de los datos más característicos del síndrome.

Ira: Las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con otros médicos, los pacientes o con las enfermeras.

Fuga o anulación. El médico llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.

Adicciones: Se inicia si aumenta el empleo de sustancias, ni siquiera prohibidas, simplemente de tabaco o alcohol. El alcoholismo puede ser una salida al problema de un síndrome de estar quemado grave.

Cambios en la personalidad. Hay una incapacidad para poder confiar en el individuo.

Culpabilidad y autoinmolación. El médico siente que la actividad que desarrolla es prácticamente un castigo o bien tiene un sentimiento exagerado de ser indispensable en el trabajo.

Cargas excesivas de trabajo. El aceptar varios turnos o pasar tiempo de más en forma excesiva en el Hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de auto negación.

Comportamiento riesgoso. Comportamiento no característico en la persona, el cual puede ir desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluido el sexual con conductas consideradas de riesgo.

Abandono de sí mismo. Se presenta un cambio en la pulcritud que debe tener un médico al vestir y en su arreglo e higiene personal. Hay cambios en los hábitos alimenticios, con pérdida o ganancia exagerada de peso. (BLANDIN JAICY Y MARTÍNEZ, 2005)

PREVENCION

Medidas de prevención La mayoría de los autores (Byrne, Maslach, Huberman...) coinciden en que la prevención es un aspecto fundamental para solucionar los efectos que produce el Burnout. El trabajo preventivo afecta a decisiones políticas y económicas existiendo un posicionamiento poco realista de las administraciones respecto a la situación actual de la educación.

Siguiendo las líneas de actuación propuestas por Kelchetermans y Strittmatter para la prevención del Burnout en profesores, es necesaria una actuación de base de la administración pública centrada en el reconocimiento público de la labor docente, la vuelta a una imagen positiva del profesor, el balance entre las políticas educativas y la realidad, así como la autonomía de los centros.

La preparación psicológica no se incluye en la formación del profesorado, según la directora de un Centro de Terapia y Psicología, algo que es esencial para dotar de recursos que motiven y gestionen problemas de grupo.

La falta de recursos unida a una sensación personal de incapacidad para resolver los conflictos les lleva al estrés y a los problemas psicológicos, como angustia, depresión o desmotivación.

Las técnicas de autoconocimiento personal tienen una importancia significativa para resolver estas dificultades. El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros.

Otros aspectos destacados son la provisión de recursos personales y materiales para poder adaptarse a los cambios que generan las necesidades sociales y políticas, analizar la carrera profesional y vida laboral del profesor (remuneración económica, posibilidad de promoción,...) revisar las funciones de la institución educativa y de los profesores. También destacan la participación de los profesores en las decisiones de los centros y en las políticas educativas, potenciar el trabajo en grupo así como mantener adecuadas relaciones interpersonales entre los compañeros y crear servicios de apoyo y asesoramiento al profesorado.

Las medidas de prevención se pueden clasificar en tres apartados según sea la forma de aplicación:

Estrategias de intervención individuales

Estrategias de intervención grupales

Estrategias de intervención organizacionales

Para mayor concreción en la acción de prevención, las anteriores estrategias se categorizaran en individual y empresarial:

Medidas de prevención a nivel individual

- 1) Darse cuenta a tiempo y pedir ayuda.
- 2) Flexibilidad ante los cambios.
- 3) Buscar un equilibrio entre la vida personal y la profesional. Mantener una misión y visión personal alineadas con la misión y visión profesional (es decir, ser más felices con nuestro trabajo).
- 4) Realizar ejercicios sencillos de relajación.
- 5) Fijación de metas y objetivos mensurables y factibles.
- 6) Trabajar con creencias y paradigmas para flexibilizar nuestros pensamientos.

Medidas de prevención a nivel empresarial

- 1) Claridad en los roles.
- 2) Comunicación
- 3) Clima laboral apropiado.
- 4) Reestructuraciones conscientes del impacto grupal.
- 5) Trabajar la misión y visión de empresa, alineada con la misión y visión personal de los empleados
- 6) Programas para organizar mejor el tiempo.

- 7) Programas de estímulo y reconocimiento.
- 8) Creación de espacios para conversar sobre temas personales.
- 9) Políticas claras sobre horarios de almuerzo, tabaco, viajes, horarios laborales, vestimenta, recreación, espacio físico laboral, etc.
- 10) Implementación de ejercicios sencillos de relajación en el lugar de trabajo.

PUNTOS CLAVES EN LA PREVENCIÓN DEL BURNOUT

1. Proceso personal de adaptación de expectativas a realidad cotidiana.
2. Formación en emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial,
6. Tiempo adecuado por paciente: 10 minutos de media como mínimo.
7. Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
8. Formación continuada reglada, dentro de la jornada laboral
9. Coordinación con la especializada, espacios comunes. Objetivos compartidos.
10. Dialogo efectivo con las gerencias

TRATAMIENTO

Como se ha apuntado, el síndrome de quemarse en el trabajo es un problema complejo y difícil de abordar, dada la cantidad de variables implicadas. El tipo de intervención predominante ha sido la individualizada y centrada en la persona

En crisis (Pines y Aronson, 1988; Ramos, 1999) abordándose normalmente desde programas de entrenamiento para el manejo del estrés, que suelen agrupar distintas técnicas dirigidas a producir cambios en la persona. Existen programas

específicos para tratar algún aspecto concreto del problema, pero son más comunes los que contemplan distintas variables relacionadas con el proceso de estrés y sus antecedentes, junto con entrenamiento en gestión del tiempo, en estrategias de afrontamiento y modificación de los estilos de vida (Olmedo y Santed, 1999). Sin duda esto es debido a que la visión generalizada ha sido la de que el individuo se quema por algún defecto en su carácter o en su conducta (Maslach, 1999; Maslach y Leiter, 1999), de modo que si el problema está en el individuo, la solución es que éste cambie. Como resultado de sus trabajos, Leiter y Maslach (Leiter y Maslach, 2000; Maslach y Leiter, 1999) creen que el Burnout es fundamentalmente responsabilidad del medio social en el que se trabaja, cuya estructura y funcionamiento se forma por interacción entre las personas. Lamentablemente, el síndrome de quemarse en el trabajo suele afrontarse cuando ya es un problema, suponiendo un alto coste en compensaciones, subsidios, bajas y pérdidas por errores laborales y deterioro de la calidad. Por ello, en los últimos años va siendo cada vez más normal que las empresas tomen la iniciativa de cara a la prevención, ya que son responsables del diseño y configuración del entorno laboral y han comprendido que es una buena inversión para el futuro. Pero, incluso desde un punto de vista preventivo se ha mantenido el énfasis en dotar a los trabajadores de estrategias para su afrontamiento, más que en cambiar las condiciones objetivas de la organización (Golembiewski, 1986).

DISEÑO METODOLOGICO

Área de estudio: Hospital Roberto Calderón Gutiérrez.

Tipo de Estudio: Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal.

Población en estudio: Médicos especialistas, residentes especialidades médico quirúrgicas y licenciadas en enfermería, que trabajan en Hospital Roberto Calderón Gutiérrez.

Universo: todos los médicos especialistas, residentes de especialidades médico quirúrgicas y licenciadas en enfermería que laboren en el hospital.

Muestra: La selección de la muestra se realizó aleatoria simple.

Recolección de datos: La información se recolectó con la encuesta de Maslach Burnout y las variables sociodemográficas y laborales respondidas se tabularon en el programa de Excel.

Análisis de la información: Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 12. Por medio del cual se realizó el cálculo de la prevalencia y análisis descriptivo.

Criterio de inclusión

- Ser médico especialista, residente de las especialidades médico quirúrgicas y Licenciadas en enfermería. de los hospitales antes mencionados.
- Encontrarse laborando activamente en el período de recolección de datos.
- Participación voluntaria.
- Que realice turno nocturno

Criterios de exclusión:

- Personal que no desee participar en dicho estudio.
- Aquellos cuestionarios incompletos.
- Que no estén presentes en la institución al momento de la visita.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.

SOCIODEMOGRAFICAS:

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual, representada en años.	Cuantitativa	Ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue del macho a la hembra en los seres humanos	Cuantitativa	Nominal
Estado civil	Condición personal que socialmente designan para fines demográficos	Cualitativa	Nominal
Profesión	Empleo u oficio que realiza habitualmente a cambio de un salario	Cualitativa	Ordinal
Número de hijos	Total de hijos al momento de la encuesta	Cuantitativa	Discreta

HABITOS

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Fuma	Numero de cigarrillos que consume por día	Cuantitativa	Ordinal
Consumo de Licor o Cerveza	Cantidad de cervezas o tragos que ingiere por día	Cuantitativa	Ordinal

Consumo de bebidas energizante	Cantidad de bebidas energizante que consume en un día.	Cualitativa	Ordinal
Consumo Cafeína	Cantidad de tazas de café que ingiere por día	Cualitativa	Ordinal
Consumo de Coca Colas	Cantidad de coca colas que consume en un día	Cuantitativa	Ordinal

LABORAL:

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Horas de trabajo en la semana	Número de horas laboradas en la semana incluyendo horarios ordinarios más turnos	Cuantitativa	Ordinal
Realización de turnos nocturnos	Actividad laboral que se realiza fuera del horario ordinal de trabajo, que se puede realizar de 12 a 24 horas	Cualitativa	Nominal
Número de turnos realizados en un mes	Cantidad de turnos realizados de 12 o 24 horas realizados en un mes determinado	Cuantitativa	Ordinal
Antigüedad laboral	Tiempo que tiene desempeñando su cargo de profesión en una institución	Cuantitativa	Ordinal
Número de Pacientes que atiende por día	Cantidad de pacientes atendidos por durante sus horas laborales por día	Cuantitativa	Ordinal
Jornada Laboral	Tiempo en el que desempeña sus funciones, día, noche o jornadas mixtas	Cuantitativa	Nominal
Porcentaje de la jornada que pasa	Tiempo de su jornada en el que interactúa directamente		Ordinal

en interacción con enfermos y/o familiares	con los pacientes o con sus familiares	Cuantitativa	
Otros trabajo fuera de la institución	Presencia de otro trabajo fuera del actual	Cualitativa	Ordinal
Presencia de enfermedades	Presencia de enfermedades crónicas degenerativas u otra patología que sea importante para el encuestado	Cualitativa	Nominal
Toma de medicamentos de forma habitual	Ingesta de pastillas, cápsulas, gotas, jarabes de forma periódica.	Cualitativa	Nominal
Vacaciones	Descanso temporal de una actividad habitual, principalmente del trabajo remunerado o de los estudios.	Cuantitativa	Ordinal
Horas semanales dedicadas a labores domesticas	Número de horas destinadas a realizar sus labores en el hogar	Cuantitativa	Ordinal

Cuestionario de Maslach

VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Cansancio Emocional	Se alude a la situación en los que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismo a nivel afectivo	Cualitativa	Nominal
Despersonalización	Es el desarrollo de sentimientos negativos, actitudes y conductas, de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo	Cualitativa	Nominal
Realización Profesional	Tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial, esa evaluación afecta a la habilidad de la realización al trabajo y a la relación con las personas a las que atiende	Cualitativa	Nominal

Resultados.

El grupo de etario que predominó fueron los menores de 30 años (37%) y esto coincide a que gracias a la política de restitución de derechos de nuestro gobierno se amplió desde el año 2007 el cupo para ingresar a las especialidades teniendo mayores oportunidades de ingreso los compañeros que egresan del servicio social.

El perfil profesional de las personas entrevistadas fue en su mayoría médicos de base, seguido de los residentes del I año de las especialidades.

Era de esperar que el personal médico que por su estilo de vida saludable no tenga prácticas que afecten su salud coincidiendo con el consumo de tabaco que casi en su totalidad no fuma caso contrario con la ingesta de alcohol que la mitad resultó que si consumía aunque sea en pocas cantidades.

En cuanto a la ingesta de bebidas estimulantes se encontró que solamente el 10% ingieren bebidas energizantes, no así con el café donde fue referido su consumo por el 79% y las bebidas gaseosas por el 63% de los casos.

Al analizar la carga laboral de los y las profesionales entrevistadas se encontró que en la mayoría tienen más de 72 horas de trabajo semanal, seguido de aquellas que trabajan 40 horas y solamente un caso labora 8 horas semanales. La realización de los turnos nocturnos fue referida por el 87% y en su mayoría con 7 o más turnos nocturnos.

El 40% de los y las profesionales entrevistadas tienen menos de 5 años de laborar para esta institución y el 24% con más de 20 años de labor.

El 29% de los y las profesionales refieren que atienden más de 40 pacientes al día, seguido con el 23% que atienden entre 30 y 39 pacientes.

Solamente el 40% aduce tener otro trabajo, así como el 83% refieren tener vacaciones pendientes y en su mayoría entre 30 y 59 días y el 20% con más de 60 días acumuladas al período.

El 40% de los y las profesionales aducen tener alguna patología crónica de base, siendo la principal la Hipertensión Arterial.

El Agotamiento a causa del trabajo de los y las profesionales de la salud se presentó en el 64% de los casos. La edad no influyó en la aparición de agotamiento producido por el trabajo, otro factor asociado fue el consumo de tabaco que a pesar de haberse encontrado un leve aumento de agotamiento en personas no fumadoras (67%) no se encontró relación estadística.

Datos similares fueron encontrados al analizarlo con los turnos nocturnos, ya que encontramos más personas agotadas en el grupo que realiza menos turnos nocturnos (71%), de igual forma aquellas personas que no tienen vacaciones pendientes tienen más porcentaje de agotamiento (92%).

La fatiga matutina se encontró en el 60% de los y las profesionales de la salud. La edad no influyó en la aparición de fatiga matutina a pesar de encontrar un leve aumento de fatiga en las personas menores de 40 años (65%), el consumo de tabaco tiene una significancia estadística en la aparición de fatiga matutina, una persona fumadora tiene 10% menos probabilidad de tener fatiga matutina (Chi 5.1 P: 0.1, 0.1 - 0.9).

En cuanto a los turnos médicos se encontró que hay un leve aumento en encontrar fatiga matutina en aquellas personas que tiene más de 7 turnos nocturnos (67%), no así en el caso de las personas que no tienen vacaciones pendientes, una persona que tiene vacaciones pendiente tiene 50% menos probabilidad de tener fatiga matutina, (Chi 9.6 P: 0.5 0.4 - 0.6).

El cansancio durante el día se encontró en el 71% de los y las profesionales de la salud. La edad influyo en la aparición de cansancio del trabajo del día, una persona menor de 40 años tiene 6 veces más probabilidades de presentar cansancio durante el día (Chi 9.1, P: 6.0 1.7 - 20.5), el consumo de tabaco no influyo en la presencia de cansancio a pesar de tener un leve aumento en las personas fumadoras.

En cuanto a los turnos médicos se encontró que hay un leve aumento en presentar cansancio durante el día en aquellas personas que tiene más de 7 turnos nocturnos (77%), no así en el caso de las personas que no tienen vacaciones pendientes, una persona que tiene vacaciones pendiente tiene 40% menos probabilidad de tener cansancio en el día, (Chi 5.7 P: 0.6 0.5 - 0.7).

El sentimiento de frustración en el trabajo producto de poder cumplir, se encontró en el 77% de los y las profesionales de la salud. La edad no influyo en la aparición de frustración a pesar de haber un ligero aumento en las personas menores de 40 años (82%), el consumo de tabaco tampoco influyo en la frustración a pesar de tener un leve aumento en las personas NO fumadoras (78%).

En cuanto a los turnos médicos no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la aparición de frustración, igual comportamiento tuvieron las personas con vacaciones pendientes, a pesar de tener un aumento en las personas que NO tienen vacaciones pendientes.

Discusión de los resultados.

En general se logró apreciar que la mayoría de los recursos entrevistados tienen estilos de vida saludable.

En cuanto a la ingesta de bebidas estimulantes se encontró que solamente el 10% ingieren bebidas energizantes, no así con el café donde fue referido su consumo por el 79% y las bebidas gaseosas por el 63% de los casos

Casi un 71% de los recursos laboran más de 72 horas a la semana lo que conlleva a mayor cansancio emocional.

El 40% de los y las profesionales entrevistadas tienen menos de 5 años de laborar para esta institución y el 24% con más de 20 años de labor sin embargo el tiempo de laborar no tiene relevancia al momento de identificar afectación de una de las tres esferas del síndrome de burnout.

El 29% de los y las profesionales refieren que atienden más de 40 pacientes al día, seguido con el 23% que atienden entre 30 y 39 pacientes.

El Agotamiento a causa del trabajo de los y las profesionales de la salud se presentó en el 64% de los casos. No se encontró que La edad no influya en la aparición de agotamiento producido por el trabajo, otro factor asociado fue el consumo de tabaco que a pesar de haberse encontrado un leve aumento de agotamiento en personas no fumadoras (67%) no se encontró relación estadística

es decir que el fumar o no fumar no tiene relación estadísticamente significativa con la aparición del síndrome de burnout.

Datos similares fueron encontrados al analizarlo con los turnos nocturnos, ya que encontramos más personas agotadas en el grupo que realiza menos turnos nocturnos (71%), de igual forma aquellas personas que no tienen vacaciones pendientes tienen más porcentaje de agotamiento (92%).

La fatiga matutina se encontró en el 60% de los y las profesionales de la salud. La edad no influyó en la aparición de fatiga matutina a pesar de encontrar un leve aumento de fatiga en las personas menores de 40 años (65%), el consumo de tabaco tiene una significancia estadística en la aparición de fatiga matutina, una persona fumadora tiene 10% menos probabilidad de tener fatiga matutina (Chi 5.1 P: 0.1, 0.1 - 0.9), esto puede relacionarse a que el efecto del tabaco tenga un estímulo al momento de realizar actividades físicas.

En cuanto a los turnos médicos se encontró que hay un leve aumento en encontrar fatiga matutina en aquellas personas que tiene más de 7 turnos nocturnos (67%), no así en el caso de las personas que no tienen vacaciones pendientes, una persona que tiene vacaciones pendiente tiene 50% menos probabilidad de tener fatiga matutina, (Chi 9.6 P: 0.5 0.4 - 0.6).

El cansancio durante el día se encontró en el 71% de los y las profesionales de la salud. La edad influyó en la aparición de cansancio del trabajo del día, una persona menor de 40 años tiene 6 veces más probabilidades de presentar cansancio durante el día (Chi 9.1, P: 6.0 1.7 - 20.5), el consumo de tabaco no influyó en la presencia de cansancio a pesar de tener un leve aumento en las personas fumadoras.

En cuanto a los turnos médicos se encontró que hay un leve aumento en presentar cansancio durante el día en aquellas personas que tiene más de 7 turnos nocturnos (77%), no así en el caso de las personas que no tienen vacaciones pendientes, una persona que tiene vacaciones pendiente tiene 40% menos probabilidad de tener cansancio en el día, (Chi 5.7 P: 0.6 0.5 - 0.7), esto llama fuertemente la atención, sin embargo es probable que el hecho de tener vacaciones provoque estrés emocional al momento de reintegrarse a sus labores.

El sentimiento de frustración en el trabajo producto de poder cumplir, se encontró en el 77% de los y las profesionales de la salud. La edad no influyó en la aparición de frustración a pesar de haber un ligero aumento en las personas menores de 40 años (82%), el consumo de tabaco tampoco influyó en la frustración a pesar de tener un leve aumento en las personas NO fumadoras (78%).

En cuanto a los turnos médicos no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la aparición de frustración, igual comportamiento tuvieron las personas con vacaciones pendientes, a pesar de tener un aumento en las personas que NO tienen vacaciones pendientes.

Conclusiones:

En general se logró apreciar que la mayoría de los recursos entrevistados tienen estilos de vida saludable por lo tanto no se logra determinar si algún estilo de vida pudo haber influido en la presencia de burnout.

El 29% de los y las profesionales refieren que atienden más de 40 pacientes al día, seguido con el 23% que atienden entre 30 y 39 pacientes se logra encontrar que los profesionales que más atienden a pacientes tienen mayores probabilidades de presentar burnout ya que el Agotamiento a causa del trabajo de los y las profesionales de la salud se presentó en el 64% de los casos.

no se encontró relación estadística es decir que el fumar o no fumar no tiene relación estadísticamente significativa con la aparición del síndrome de burnout.

El hecho de realizar turnos nocturnos no se relaciona con la aparición del síndrome de burnout.

Los días de vacaciones pendientes no tienen ningún efecto en la aparición del síndrome ya que aquellas personas que no tienen vacaciones pendientes tienen más porcentaje de agotamiento (92%).

La fatiga matutina se encontró en el 60% de los y las profesionales de la salud.

La edad no influyó en la aparición de fatiga matutina a pesar de encontrar un leve aumento de fatiga en las personas menores de 40 años (65%), hay un leve aumento en encontrar fatiga matutina en aquellas personas que tiene más de 7 turnos nocturnos (67%), una persona que tiene vacaciones pendiente tiene 50% menos probabilidad de tener fatiga matutina, (Chi 9.6 P: 0.5 0.4 - 0.6).

El consumo de tabaco tiene una significancia estadística en la aparición de fatiga matutina, una persona fumadora tiene 10% menos probabilidad de tener fatiga matutina (Chi 5.1 P: 0.1, 0.1 - 0.9), esto puede relacionarse a que el efecto del tabaco tenga un estímulo energizante al momento de realizar las actividades laborales.

El cansancio durante el día se encontró en el 71% de los y las profesionales de la salud. La edad influyó en la aparición de cansancio del trabajo del día, una persona menor de 40 años tiene 6 veces más probabilidades de presentar cansancio durante el día (Chi 9.1, P: 6.0 1.7 - 20.5).

En cuanto a los turnos médicos se encontró que hay un leve aumento en presentar cansancio durante el día en aquellas personas que tiene más de 7 turnos nocturnos (77%), no así en el caso de las personas que no tienen vacaciones pendientes, una persona que tiene vacaciones pendiente tiene 40% menos probabilidad de tener cansancio en el día, (Chi 5.7 P: 0.6 0.5 - 0.7), esto llama fuertemente la atención, sin embargo es probable que el hecho de tener vacaciones provoque estrés emocional al momento de reintegrarse a sus labores.

El sentimiento de frustración en el trabajo producto de poder cumplir, se encontró en el 77% de los y las profesionales de la salud.

La edad no influyó en la aparición de frustración a pesar de haber un ligero aumento en las personas menores de 40 años (82%), el consumo de tabaco tampoco influyó en la frustración a pesar de tener un leve aumento en las personas NO fumadoras (78%).

En cuanto a los turnos médicos no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la aparición de frustración, igual comportamiento tuvieron las personas con vacaciones pendientes, a pesar de tener un aumento en las personas que NO tienen vacaciones pendientes.

Recomendaciones:

Se recomienda al ministerio de Salud del poder ciudadano seguir profundizando en el estudio en todos los hospitales a nivel nacional para lograr determinar la salud emocional de los recursos principalmente aquellos que por su naturaleza de trabajo tienen contacto directo con las personas.

En los siguientes estudios que se realicen sería recomendable que se incluyan variables en las que se valore el ejercicio físico ya que la literatura internacional refiere que el hecho de realizar ejercicios puede ser un factor protector ante el síndrome de burnout.

Se debe procurar que los recursos cuenten con vacaciones ya que puede tener un efecto satisfactorio en los trabajadores y así mismo mejor calidad de la atención en salud.

Largas jornadas laborales tienen un efecto significativo en el síndrome de burnout por lo que se recomienda hacer una exhaustiva revisión de estas jornadas.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Alonso Morriliejo, E. P. (2002). *La evaluación del estrés laboral en personal sanitario, Factores relevantes para el diseño de intervenciones preventivas*. .
2. Alvarez, R. F. (2011). Síndrome de Burnout, síntomas, causas y medidas de atención en la empresa . *Exito empresarial* .
3. Aragón, M. M. (2007). *“Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”*. . Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
4. Armand, F. D. (2007). Armand, FlichtentreilInfluencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Espanola*.
5. BLANDIN JAICY Y MARTÍNEZ, A. (2005). *Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, en Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. BLANDIN JAICY Y MARTÍNEZ, A.D. (2005) Estrés 18. laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, en Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología.
6. Bravo, M. d. (2005). *VALIDACIÓN DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)*.
7. Burrow, M. T. (2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo. 185-188.
8. Camacho, L. J. (2003). *Síndrome de Burnout*.
9. Espinosa, I. y. (2009). *“Determinación de presencia de Síndrome de Burnout en Médicos de Urgencias y Especialistas del Hospital la Victoria de Bogotá en el periodo diciembre 2008-abril 2009”*.
10. Freudenberguer. (1974). *Staff Bournout*. Journal of Soccial Issues.
11. GIL MONTE, P. R. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Anales de Psicología.
12. GIL-MONTE P. R. Y PEIRÓ, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid .
13. Gomez, F. D. (2016). *La investigacion del sindrome de burnout en America Latina entre el 2000 y 2010*. Cali, Colombia : Psicologia desde el Caribe .

14. Gómez, T. (2013). *“Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico del servicio de emergencia de cuatro hospitales públicos de Managua, Enero 2013”*. Tesis monográfica para optar al título de Especialista en Emergenciología. .
15. Guerrero, J. (n.d.). *Salud y trabajo en tiempos de cambio organizacional*. Colombia .
16. Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, M. Á. (2006). *Síndrome de Burnout*. Mexico: Medigraphic.
17. Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, M. Á. (2007). *El síndrome de Burnout, una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición* .
18. Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, M. Á. (2007). *El síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición* .
19. Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, Miguel Ángel Celis López, Sergio Moreno. (2006). *Síndrome de burnout*. Mexico: Medigraphic.
20. Izquierdo, G. (1991). *Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios* *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.
21. JESÚS MONTERO, J. G.-C. (2009). VALIDEZ FACTORIAL DE LA ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT EN UNA PEQUEÑA MUESTRA DE DOCENTES. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 14, N.º 2, 2-5.
22. Karla, A. (2013). *“Síndrome del quemado por el trabajo –Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en los Hospitales públicos de la ciudad de Ibarra”*.
23. (2004). *La Organización del trabajo y el estrés* .
24. Martínez, A. y. (2003). “Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de Reina”. *Revista de atención Primaria*. España.
25. MASLACH C, Y. J. (1986). *Burnout Inventory Manual*. Palo Alto. California Consulting Psychol Press.
26. MERIN-REIG J., C.-V. A.–T. (1995). *El estrés laboral, base teórica y marco de intervención/occupational stress: theoretical back-ground and intervention framework, ansiedad y estrés*.
27. Millan, C. L. (1999). *La aparición del síndrome de Burnout o de estar quemado* . Butlletí bimestral de comunicació interna.

28. N., O. J. (2002). *“Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de emergencia del Hospital Manuel de Jesús Rivera”*. .
29. PAREDES G., O. L.-F. (2008). PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS, SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES. *rev.fac.med*, 16,n.1, 25-32.
30. Paredes, O. y. (2008). “Prevalencia del síndrome de Burnout en Residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *rev.fac.med*, 25-32.
31. Peralta, K. y. (2006). *“Factores asociados al Síndrome de Burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta”*.
32. Pérez, A. M. (2010). *EL SÍNDROME DE BURNOUT EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION*. Espana: Viva Academia.
33. Quiros, R. Y. (1999). “Factores asociados al síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco”. *Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana*.
34. Rivera, M. (2011). *“Burnout en trabajadores del centro de salud Hospitalario Pastor Jiménez Arostegui, Jalapa Nueva Segovia, en el periodo comprendido Febrero-Abril 2011”*.
35. Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. *Rev. Cubana Salud Publica*.
36. Rosa Suñer-Soler, A. F. (2007). influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español”. *Revista Española*.
37. Ruiz, M. C. (2010). *Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo* (1 ed.). Murcia, Espana: Anales de la Psicología .
38. Varela, L. y. (2005). “Desgaste profesional entre los Odontólogos y Estomatólogos del servicio de Gallegos de Salud” . . *Revista de Atención Primaria*. .
39. Velasquez, M. (2012). la salud mental de las y los trabajadores . *Observatorio Vasco de acoso moral* , 25-33.
40. ZAULA G, L. M. (2000). *El síndrome de Burnout en hospitales públicos*. . Revista médica del hospital Ramos Mejía.

ANEXO

Instrumento de Medición

Estimado Compañero/ Compañera:

Se le invita a participar en una encuesta sobre prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos Especialistas, Residentes Especialidades Médico Quirúrgicas y personal de enfermería del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez.

Con este trabajo se pretende valorar el posible perfil de riesgo, de mayor susceptibilidad y los principales factores determinantes para la aparición del mencionado cuadro que comúnmente aparece en trabajadores de salud.

Este estudio está aprobado por la Dirección General de Docencia del Ministerio de Salud y autorizado por las Direcciones de los Hospitales que integran el estudio.

Dado que es un estudio de tipo observacional, no se va a realizar ninguna intervención sobre la práctica profesional habitual. Simplemente, se trata de contestar, de forma totalmente voluntaria, una encuesta la cual consta de dos partes, en la primera sección se evaluarán aspectos sociodemográficos y en la segunda se aplicará el Maslach Burnout Inventory adaptado al español que tiene como propósito determinar la presencia del Síndrome de Burnout en personal Médico y de Enfermería, tomando en cuenta diferentes variables sociodemográficas y laborales. El llenado de este instrumento es confidencial, los resultados serán presentados de forma global y únicamente el equipo investigador tendrá acceso a la información.

Agradecemos de antemano su consentimiento para la recolección de información y nos ponemos a su disposición para cualquier duda que pueda albergar al respecto, contáctenos al correo aetb1982@yahoo.com.

Muchas gracias por su participación

I. Variables sociodemográficas

Hospital: _____

Fecha _____

1. Edad: años.
2. Sexo: M ☐ F ☐
3. Estado civil: Casado (a) ☐ Unión estable ☐ Soltero (a) ☐ Viudo (a) ☐
Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐
4. ¿Cuántos hijos tiene?
5. ¿Cuál es su perfil ocupacional en su lugar de trabajo?
 - a. Médico de Base ☐
 - b. Médico Residente: R1 ☐ R2 ☐ R3 ☐ R4 ☐ R5 ☐
 - c. Enfermera (o): Licenciada (o) ☐
6. ¿Fuma? Sí ☐ No ☐ ¿Cuántos cigarros por día?
7. ¿Consume licor o cerveza? Sí ☐ No ☐ cantidad al día: _____
8. ¿Consume algún tipo de bebida energizante? Sí ☐ No ☐
Cantidad al día: _____
9. ¿Consume Café? Sí ☐ No ☐ ¿Cuántas tazas al día? _____
10. ¿Consume coca colas? Sí ☐ No ☐ cantidad al día: _____
11. ¿Cuántas horas en la semana trabaja en el hospital?
12hrs ☐ 20hrs ☐ 24hrs ☐ 40hrs ☐ 72hrs ☐ >72hrs ☐
12. ¿Hace turnos nocturnos: Si ☐ No ☐
13. ¿Cuál es su jornada laboral? 12hrs AM/PM ☐ 24hrs ☐ >24hrs continuas ☐
14. ¿Cuántos turnos hace por mes? Entre 7- 8 ☐ >8 turnos ☐
15. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en esta unidad de salud?
16. ¿Cuantos pacientes atiende por día?
17. Porcentaje de su jornada que pasa en interacción con enfermos y/o familiares:
Ninguno ☐ 25% ☐ 25-50 % ☐ 50-75% ☐ >75% ☐
18. ¿Tiene otro trabajo? Sí ☐ No ☐
19. ¿Tiene vacaciones pendientes? Sí ☐ No ☐
20. ¿Cuantos días?
21. ¿Padece de alguna enfermedad crónica? Sí ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

22. ¿Toma algún medicamento de forma habitual? Sí ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

23. ¿Cuántas horas semanales dedica a tareas domésticas:

(Limpieza de hogar, cuidado de hijos...)

Instrucciones para el llenado

El cuestionario cuenta con 22 preguntas, por favor lea de forma cuidadosa cada una de ellas y conteste con toda sinceridad y de forma objetiva de manera que su respuesta se acerque lo más posible a la realidad.

Escriba una X en la casilla que mejor describa su respuesta. En caso de nunca haberse sentido así escriba una X en el casilla Nunca (0), en caso de haberse sentido así indique que tan frecuente lo ha hecho y escriba una X en la casilla del 1 al 6 que mejor describa su respuesta

MASLACH-BURN-OUT-INVENTORY Cuestionario de Maslach (Burnout Inventory)

Este test mide la frecuencia y la intensidad con la que usted sufre el Burnout. Señale la respuesta, tal como indicamos en la siguiente tabla, sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados a continuación:

0	NUNCA
1	POCAS VECES AL AÑO O MENOS
2	UNA VEZ AL MES O MENOS
3	POCAS VECES AL MES
4	UNA VEZ A LA SEMANA
5	POCAS VECES A LA SEMANA
6	TODOS LOS DÍAS

1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

0 1 2 3 4 5 6

2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

0 1 2 3 4 5 6

12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

13.- Me siento frustrado en mi trabajo.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Cuadros de anexo

Factores sociodemográficas y su relación con la aparición del Síndrome de Burnout.

Dentro de caracterización de la población en estudio se encontró que predominaron los hombres en el 59% de los casos (41/70), así como el estado civil fue mayor en las personas casadas en el 53% (37/70) y la unión libre con el 30% (21/70). **Ver cuadros 1 y 2**

Cuadro No 1: Sexo

Sexo	Frec	%
Hombre	41	59
Mujer	29	41
Total	70	100

Cuadro No 2: Estado civil

Estado Civil	Frec	%
Casado (a)	37	53
Unión libre	21	30
Soltero (a)	12	17
Total	70	100

En cuanto a la edad el grupo etareo que predomino fueron los menores de 30 años (37%) y el de 40 – 49 años con el 31%, a pesar de que la mayoría de las personas están casadas en su mayoría no tienen hijos (36%) y con 2 hijos el 27%. **Ver cuadros 3 y 4 y 5.**

Cuadro No 3: Edad

Edad	Frec	%
Menor de 30 Años	26	37
30 – 39 Años	8	11
40 – 49 Años	22	31
Mayor de 50 Años	14	20
Total	70	100

Cuadro No 4: Edad

Edad	Frec	%
Menor de 40 Años	34	49
Mayor de 40 Años	36	51
Total	70	100

Cuadro No 5: Número de hijos

Número	Frec	%
Ninguna	25	36
1	14	20
2	19	27
3	5	7
4	7	10
Total	70	100

El perfil profesional de las personas entrevistados fue en su mayoría médicos de base con el 43% (30/70), seguido de los residentes del I año de las especialidades con el 20% (14/70). **Ver cuadros 6 y 7.**

Cuadro No 6: Perfil profesional

Perfil	Frec	%
Médico de Base	30	43
Médico Residente I	14	20
Médico Residente II	8	11
Médico Residente III	4	6
Auxiliar	1	1
Enfermera Profesional	2	3
Licenciada	11	16
Total	70	100

Cuadro No 7: Perfil profesional

Perfil	Frec	%
Médico de Base	30	43
Médico Residente	26	37
Enfermería	14	20
Total	70	100

Estilo de vida y la aparición del síndrome de Burnout

Al preguntar sobre el consumo de cigarrillo el 91% (64/70) refieren no fumar y las profesionales que afirman su consumo fueron en su mayoría (3%) 5 y 10 cigarrillos al día. No así con la ingesta de alcohol donde 44% (31/70) opinaron que si tomaban y en su mayoría 1 y 2 cervezas a la semana (14 y 13% respectivamente). **Ver cuadros 8, 9, 10 y 11.**

Cuadro No 8: Fumadores

Fuma	Frec	%
Si	6	9
No	64	91
Total	70	100

Cuadro No 9: Cantidad de cigarrillos

Cantidad	Frec	%
0	64	91
4	1	1
5	2	3
6	1	1
10	2	3
Total	70	100

Cuadro No 10: Ingesta de Alcohol

Alcohol	Frec	%
Si	31	44
No	39	56
Total	70	100

Cuadro No 11: Cantidad de alcohol

Cantidad	Frec	%
0	39	56
1	10	14
2	9	13
3	6	9
5	4	6
10	1	1
SD	1	1
Total	70	100

En cuanto a la ingesta de bebidas estimulantes se encontró que solamente el 10% (7/70) ingieren bebidas energizantes, no así con el café donde fue referido su consumo por el 79% (55/70) y las bebidas gaseosas por el 63% (44/70) de los casos. **Ver cuadros 12, 13 y 14.**

Cuadro No 12: Ingesta de Energizantes

Energizantes	Frec	%
Si	7	10
No	63	90
Total	70	100

Cuadro No 13: Ingesta de Café

Café	Frec	%
Si	55	79
No	15	21
Total	70	100

Cuadro No 14: Ingesta de Coca cola

Coca cola	Frec	%
Si	44	63
No	26	37
Total	70	100

Jornada laboral y vacaciones

Al analizar la carga laboral de los y las profesionales entrevistadas se encontró que en la mayoría (64%) tienen más de 72 horas de trabajo semanal, seguido de aquellas que trabajan 40 horas (14%) y solamente un caso labora 8 horas semanales. La realización de los turnos nocturnos fue referido por el 87% (61/70) y en su mayoría con 7 o más turnos nocturnos. **Ver cuadros 15, 16, 17 y 18.**

Cuadro No 15: Horas semanal trabajadas

Horas	Frec	%
8	1	1
12	6	9
40	10	14
72	8	11
Más de 72 horas	45	64
Total	70	100

Cuadro No 16: Horas semanal trabajadas

Horas	Frec	%
Menor de 72 horas	17	24
72 y más horas	53	76
Total	70	100

Cuadro No 17: Realización de turnos nocturnos

Turnos	Frec	%
Si	61	87
No	9	13
Total	70	100

Cuadro No 18: Cantidad de turnos al mes

Cantidad de turnos	Frec	%
Hasta 6 turnos	31	44
7 y más turnos	39	56
Total	70	100

El 40% (28/70) de los y las profesionales entrevistadas tienen menos de 5 años de laborar para esta institución y el 24% (17/70) con más de 20 años de labor. **Ver el cuadro No. 19**

Cuadro No 19: Años de laborar

Años	Frec	%
Menos de 5 Años	28	40
6 - 9 Años	10	14
10 - 20 Años	15	21
Mayor de 20 Años	17	24
Total	70	100

El 29% (20/70) de los y las profesionales refieren que atienden más de 40 pacientes al día, seguido con el 23% que atienden entre 30 y 39 pacientes. **Ver el cuadro No. 20.**

Cuadro No 20 : Número de pacientes atendidos al día

Número	Frec	%
Menos de 20 pacientes	5	7
20 - 29 Pacientes	15	21
30 - 39 Pacientes	16	23
Mayor de 40 pacientes	20	29
Ninguna	14	20
Total	70	100

Solamente el 40% (28/70) aduce tener otro trabajo, así como el 83% refieren tener vacaciones pendientes y en su mayoría (47%) entre 30 y 59 días y el 20% con más de 60 días acumuladas al período. **Ver cuadros 21, 22, y 23.**

Cuadro No 21: Otro trabajo

Otro	Frec	%
Si	28	40
No	42	60
Total	70	100

Cuadro No 22: Vacaciones pendientes

Vacaciones	Frec	%
Si	58	83
No	12	17
Total	70	100

Cuadro No 23: Días pendientes de vacaciones

Días	Frec	%
Menos de 30 días	11	16
30 - 59 días	33	47
Mayor de 60 Días	14	20
Ninguna	12	17
Total	70	100

El 40% de los y las profesionales aducen tener alguna patología crónica de base, siendo la principal la Hipertensión Arterial. **Ver cuadros 24 y 25.**

Cuadro No 24: Enfermedades crónicas

Vacaciones	Frec	%
Si	28	40
No	42	60
Total	70	100

Cuadro No 25: Tipo de enfermedad crónica

Enfermedad	Frec	%
Hipertensión Arterial	18	26
Otras cardiopatías	1	1
Asma	2	3
Lupus	2	3
Otras	5	7
Ninguna	42	60
Total	70	100

Relación factores asociados e intensidad del Síndrome de Burnout.

El Agotamiento a causa del trabajo de los y las profesionales de la salud se presentó en el 64% de los casos (45/70). La edad no influyó en la aparición de agotamiento producido por el trabajo, otro factor asociado fue el consumo de tabaco que a pesar de haberse encontrado un leve aumento de agotamiento en personas no fumadoras (67%) no se encontró relación estadística.

Datos similares fueron encontrados al analizarlo con los turnos nocturnos, ya que encontramos más personas agotadas en el grupo que realiza menos turnos nocturnos (71%), de igual forma aquellas personas que no tienen vacaciones pendientes tienen más porcentaje de agotamiento (92%). **Ver cuadros 26, 27, 28, 29, 30 y 31.**

Cuadro No 26: Agotamiento por el trabajo

	Frec	%
Nunca	9	13
Pocas veces al año	19	27
Una vez al mes	11	16
Pocas veces al mes	6	9
Una vez a la semana	5	7
Pocas veces a la semana	4	6
Todos los días	16	23
Total	70	100

Cuadro No 27: Agotamiento por el trabajo

	Frec	%
Si	45	64
No	25	36
Total	70	100

Cuadro No 28: Relación edad y agotamiento

Edad	Agotamiento	
	Si	No
Menor de 40	67%	32%
Mayor de 40	61%	39%
Chi 0.32	P: 0.32	0.49 - 3.55

Cuadro No 29: Relación Fuma y agotamiento

Fuma	Agotamiento	
	Si	No
Si	33%	67%
No	67%	33%
Chi 2.7	P: 0.24	0.49 - 3.55

Cuadro No 30: Relación turnos médicos y agotamiento

Turnos médicos	Agotamiento	
	Si	No
Hasta 6 turnos	71%	29%
7 y más turnos	59%	41%
Chi 1.08	P: 1.7	0.6 - 4.6

Cuadro No 31: Relación vacaciones pendiente y agotamiento

Vacaciones pendientes	Agotamiento	
	Si	No
Si	59%	41%
No	92%	8%
Chi 4.7	P: 0.12	0.016 - 1.002

La fatiga matutina se encontró en el 60% (42/70) de los y las profesionales de la salud. La edad no influyo en la aparición de fatiga matutina a pesar de encontrar un leve aumento de fatiga en las personas menores de 40 años (65%), el consumo de tabaco tiene una significancia estadísticas en la aparición de fatiga matutina, una persona fumadora tiene 10% menos probabilidad de tener fatiga matutina (Chi 5.1 P: 0.1, 0.1 - 0.9).

En cuanto a los turno médicos se encontró que hay un leve aumento en encontrar fatiga matutina en aquellas personas que tiene más de 7 turnos nocturnos (67%), no así en el caso de las personas que no tienen vacaciones pendientes, una persona que tiene vacaciones pendiente tiene 50% menos probabilidad de tener fatiga matutina, (Chi 9.6 P: 0.5 0.4 - 0.6), **Ver cuadros 32. 33, 34, 35, 36 y 37.**

Cuadro No 32: Fatiga matutina

	Frec	%
Nunca	18	26
Pocas veces al año	11	16
Una vez al mes	6	9
Pocas veces al mes	7	10
Una vez a la semana	10	14
Pocas veces a la semana	6	9
Todos los días	12	17
Total	70	100

Cuadro No 33: Fatiga matutina

	Frec	%
Si	42	60
No	28	40
Total	70	100

Cuadro No 34: Relación edad y fatiga matutina

Edad	Fatiga matutina	
	Si	No
Menor de 40	65%	35%
Mayor de 40	56%	44%
Chi 0.6	P: 1.4	0.5 - 3.8

Cuadro No 35: Relación fuma y fatiga matutina

Fuma	Fatiga matutina	
	Si	No
Si	17%	83%
No	64%	36%
Chi 5.1	P: 0.1	0.1 - 0.9

Cuadro No 36: Relación turnos médicos y fatiga matutina

Turnos médicos	Fatiga matutina	
	Si	No
Hasta 6 turnos	52%	48%
7 y mas turnos	67%	33%
Chi 1.6	P: 0.5	0.2 - 1.4

Cuadro No 37: Relación vacaciones y fatiga matutina

Vacaciones pendientes	Fatiga matutina	
	Si	No
Si	52%	48%
No	100%	0%
Chi 9.6	P: 0.5	0.4 - 0.6

El cansancio durante el día se encontró en el 71% (50/70) de los y las profesionales de la salud. La edad influyó en la aparición de cansancio del trabajo del día, una persona menor de 40 años tiene 6 veces más probabilidades de presentar cansancio durante el día (Chi 9.1, P: 6.0 1.7 - 20.5), el consumo de tabaco no influyó en la presencia de cansancio a pesar de tener un leve aumento en las personas fumadoras (88%).

En cuanto a los turnos médicos se encontró que hay un leve aumento en presentar cansancio durante el día en aquellas personas que tienen más de 7 turnos nocturnos (77%), no así en el caso de las personas que no tienen vacaciones pendientes, una persona que tiene vacaciones pendiente tiene 40% menos probabilidad de tener cansancio en el día, (Chi 5.7 P: 0.6 0.5 - 0.7), **Ver cuadros 38, 39, 40, 41 y 42.**

Cuadro No 38: Trabajo del día le cansa

	Frec	%
Si	50	71
No	20	29
Total	70	100

Cuadro No 39: Relación edad y cansancio en el día

Edad	Fatiga matutina	
	Si	No
Menor de 40	88%	12%
Mayor de 40	56%	44%
Chi 9.1	P: 6.0	1.7 - 20.5

Cuadro No 40: Relación fuma y cansancio en el día

Fuma	Fatiga matutina	
	Si	No
Si	88%	12%
No	56%	44%
Chi 1.4	P: 0.3	0.06 - 0.96

Cuadro No 41: Relación turno médicos y cansancio en el día

Turnos médicos	Fatiga matutina	
	Si	No
Hasta 6 turnos	65%	35%
7 y más turnos	77%	23%
Chi 1.3	P: 0.5	0.1 - 1.5

Cuadro No 42: Relación vacaciones y cansancio en el día

Vacaciones pendientes	Fatiga matutina	
	Si	No
Si	65%	35%
No	100%	0%
Chi 5.7	P: 0.6	0.5 - 0.7

El sentimiento de frustración en el trabajo producto de poder cumplir, se encontró en el 77% (54/70) de los y las profesionales de la salud. La edad no influyo en la aparición de frustración a pesar de haber un ligero aumento en las personas menores de 40 años (82%), el consumo de tabaco tampoco influyo en la frustración a pesar de tener un leve aumento en las personas NO fumadoras (78%).

En cuanto a los turnos médicos no se encontró diferencia en la aparición de frustración, igual comportamiento tuvieron las personas con vacaciones pendientes, a pesar de tener un aumento en las personas que NO tienen vacaciones pendientes. **Ver cuadros 43, 44, 45, 46 y 47.**

Cuadro No 43: Se siente frustrado en el trabajo

	Frec	%
Si	54	77
No	16	23
Total	70	100

Cuadro No 44: Relación edad y sentimiento de frustración

Edad	Frustración	
	Si	No
Menor de 40	82%	18%
Mayor de 40	72%	28%
Chi 10.1	P: 1.7	1.7 - 5.6

Cuadro No 45: Relación fuma y sentimiento de frustración

Fuma	Frustración	
	Si	No
Si	67%	33%
No	78%	22%
Chi 0.4	P: 0.5	0.9 - 3.3

Cuadro No 46: Relación turnos médicos y sentimiento de frustración

Turnos médicos	Frustración	
	Si	No
Hasta 6 turnos	77%	23%
7 y más turnos	77%	23%
Chi 0.02	P: 1.09	

Cuadro No 47: Relación vacaciones y sentimiento de frustración

Vacaciones pendientes	Frustración	
	Si	No
Si	74%	26%
No	92%	8%
Chi 1.7	P: 0.2	0.03 - 2.19